

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 108

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ENDOMÉTRIOMES DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Jean-Louis GOULARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PLOUGASTEL-DAOULAS (Finistère), le 1^{er} octobre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		ANDÉRODIAS, professeur...	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 108

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ENDOMÉTRIOMES DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Jean-Louis GOULARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PLOUGASTEL-DAOULAS (Finistère), le 1^{er} octobre 1906.

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>	
		ANDÉRODIAS, professeur...	}	
		PERY, agrégé.....		<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	CREYX.	id.	RIVIÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

Je vous dédie ce modeste ouvrage.

Je voudrais que vous y trouviez la récompense de votre vie de labeur et de sacrifices. Qu'il soit au moins le gage de mon profond amour et de ma reconnaissance infinie.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE LOUIS

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA FIANCEE

A MA SŒUR — A MES FRERES

A MES BELLES-SŒURS — A MON BEAU-FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES MAÎTRES DU COLLÈGE SAINT-LOUIS DE BREST

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE
NAVALE DE BREST

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies;
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions de la bienveillante
sympathie qu'il nous a toujours témoi-
gnée et de l'honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ENDOMÉTRIOMES DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits bien nouveaux concernant les endométriomes. Particulièrement bien étudiées par les auteurs étrangers, ces tumeurs n'ont pas en France la place qu'elles méritent; elles sont à peine mentionnées dans les livres classiques. Elles mériteraient, par leur fréquence, un chapitre spécial à côté des tumeurs fibreuses de l'utérus. Les auteurs qui ont recherché cette lésion l'ont retrouvée dans un nombre considérable de cas : 64 fois sur 196 laparotomies (Sampson). Nous allons tâcher, dans ce modeste travail, de retirer des observations qu'il nous a été possible d'étudier les symptômes les plus constants pour les grouper et donner un tableau clinique qui, s'il n'impose pas la certitude absolue, entraînera au moins le chirurgien à y penser.

L'endométriome est une tumeur qui survient chez la femme en période de vie sexuelle et qui n'affecte jamais les allures de la malignité. Solide ou kystique, elle est le plus souvent diffuse, exceptionnellement localisée. Elle se développe

dans l'abdomen avec une prédilection marquée pour les organes génitaux et, en particulier, l'utérus. Elle peut se rencontrer sur la portion terminale du gros intestin, l'appendice, la paroi abdominale, spécialement l'ombilic, la région inguinale et les cicatrices de laparotomie.

Histologiquement, elle est constituée par un tube formé d'une couche de cellules cylindriques parfois ciliées, entouré d'un chorion analogue au tissu cytogène de la muqueuse utérine. Son substratum est variable suivant le tissu dans lequel il se développe, le plus souvent musculaire, parfois fibreux. Ce tube épithélial a la propriété de se dilater et de se transformer en kyste, qui, dans la majorité des cas, contient du sang, parfois frais, presque toujours transformé. Une des particularités de ces tumeurs est de posséder, en plus d'une structure identique, une analogie fonctionnelle avec l'utérus normal; on y rencontre, en effet, des réactions menstruelles et gravidiques.

Ces tumeurs sont connues sous différents noms : endométrioïde, adénomyome et solénoïde en sont les principaux. Nous n'emploierons dans notre travail que le terme endométrioïde, qui est le plus souvent adopté et qui a le grand avantage de montrer l'origine et la constitution de la tumeur.

HISTORIQUE

La plupart des historiques publiés commencent à von Recklinghausen, qui, le premier, a établi sur des bases histologiques précises l'identité de l'endométriome. Mais l'analogie des descriptions données par les anciens auteurs de polypes vaginaux ayant franchi l'orifice externe du col de l'utérus aux observations de tumeurs histologiquement reconnues comme étant des endométriomes nous permet de faire remonter à Saviard (1696) la première publication. Il eut l'occasion, en effet, d'observer au cours d'une autopsie chez une femme morte d'hémorragie une tumeur occupant toute la cavité utérine et faisant saillie à l'orifice externe du col. Cette tumeur était occupée dans toute son étendue par un kyste sanguin.

Mauriceau (1703) décrit sous le nom de fungus une tumeur spontanément expulsée qui vraisemblablement est un endométriome polykystique.

Thomas (en 1756) observe une tumeur de 900 grammes qui sort du vagin et pend sur les cuisses. Elle contenait « quelques cellules remplies d'une liqueur aqueuse ».

Boudou (1757) publie le cas d'une tumeur qui contenait une espèce de poche entourée de fibres charnues.

Levret, qui cite ces deux dernières observations, dénomme ces tumeurs polypes et les distingue des polypes fibreux ordinaires.

Puis il faut remonter à Boivin et Dugès (1833) pour retrouver la description de polypes creux.

Lee (1835) décrit le premier les polypes intra-utérins et Ol-

dham (1844) leur donne une première pathogénie : « Il m'a semblé que cette production assez curieuse provient des glandes utérines. »

Huguier (1847) cite un cas de kyste intra-utérin de la face postérieure de l'utérus, dont il donne une excellente description.

Cruveilhier (1852) fait l'étude anatomo-pathologique macroscopique de certains « corps fibreux à géodes » qui, à n'en pas douter, sont des endométriomes kystiques.

La pratique de la chirurgie abdominale va permettre la découverte des tumeurs utérines.

James Paget, Baker Brown, West, Demarquay, Péan et Urdy signalent parmi les fibromes des tumeurs fibro-cystiques ou fibro-kystiques qui contiennent de nombreuses vacuoles, le plus souvent remplies de sérosité.

Rokitansky (1860), sur un cas de polype utérin qu'il a observé, découvre des canaux revêtus d'un épithélium. Il admet une double pathogénie : la propagation directe et la néoformation. Il donne à ces formations le nom de *sarcoma ade-noïdes uterinum*.

A partir de 1880, les connaissances vont se préciser du fait de la possibilité de l'examen histologique.

Babes (1882) découvre dans l'utérus d'une femme de 91 ans un myome interstitiel renfermant de nombreux kystes revêtus d'un épithélium cylindrique. Il y voit la prolifération de germes embryonnaires.

Diesterweg et Schatz (1884) trouvent dans des polypes de la face postérieure de l'utérus, des kystes tapissés d'un épithélium cylindrique cilié contenant du sang brun noirâtre : ils adoptent la théorie endométriale.

Cornil (1890) décrit un cas type d'endométriome diffus total de l'utérus.

Il faut arriver à von Recklinghausen (1893) pour avoir une description histologique complète de ces tumeurs. Dans son livre *L'adénomyome et le cystadénomyome de l'utérus et des trompes*, il soutient la théorie wolffienne, tout en admettant

la théorie endométriale pour les tumeurs développées sous la muqueuse utérine.

Cullen (1895) défend la théorie endométriale.

Legueu et Marien y introduisent un élément nouveau : l'inflammation.

Kosmann et Lockstaed (1898) s'élèvent contre la théorie de von Recklinghausen et lui opposent l'origine mullérienne.

Ivanoff (1897), Ries et Robert Meyer (1900), établissent la théorie péritonéale métaplasique, modifiée d'ailleurs en 1925 par Lauche et Robinson, qui en font une théorie péritonéale embryonnaire. Seul, d'après Gross, parmi tout l'épithélium cœlomique, celui de la région cloacale conserverait après sa différenciation la possibilité de donner des endométriomes.

Sampson (1924) soutient la théorie par greffe et Halban la théorie lymphatique.

Il faut arriver à MM. Jayle, Michon et Comte (1926) pour avoir une étude complète sur l'endométriome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'endométriome utérin possède un caractère qui le distingue nettement des autres endométriomes : c'est l'importance de son élément musculaire. Comme le fibrome, on peut lui reconnaître trois sièges suivant son évolution : la forme interstitielle, intracavitaire et sous-péritonéale. A la coupe, on s'aperçoit qu'il est formé d'un tissu dense, d'aspect musculo-fibreux, de texture irrégulière, avec des tractus ou des tourbillons irréguliers, qui se distingue du tissu utérin normal par sa pâleur et son irrégularité. Cette tumeur peut être bien circonscrite, sans pour cela présenter de membrane enveloppe, ou, au contraire, se perdre insensiblement ou s'enchevêtrer dans les tissus avoisinants. Elle constitue, dans ce dernier cas, l'endométriose des auteurs et envahit tout l'utérus. Rarement formée de tissu plein, elle possède le plus souvent dans son intérieur, des cavités kystiques plus ou moins spacieuses, le plus souvent multiples. Ces kystes sont développés au dépens des tubes épithéliaux; ils peuvent être vides, ce qui est exceptionnel; le plus souvent, ils sont remplis par du sang qui peut être pur, coagulé ou dégénéré (liquide brun chocolat, kyste goudron). Dans les formes sous-péritonéales, on constate, à l'encontre des fibromes, une réaction péritonéale intense qui provoque des adhérences avec les organes voisins, en particulier le rectum et l'S iliaque.

HISTOLOGIE. — L'endométriome utérin comprend, à l'état constant, ses trois éléments histologiques fondamentaux : le tube épithélial, le tissu cytogène et le tissu musculaire.

a) *Le tube épithélial.* — Il est constitué par un épithélium

de revêtement formé de cellules cylindriques munies ou non de cils vibratiles; les cellules sont disposées en une couche généralement unique.

Ces tubes, sur des coupes perpendiculaires à l'axe, se présentent sous différentes formes : droits, sinueux, tordus, très souvent anastomosés entre eux, pouvant se diviser en deux, trois ou quatre branches. La dilatation du tube peut donner lieu à une cavité kystique; l'épithélium qui le tapisse subit alors une modification considérable; il tend à s'aplatir et à se transformer en épithélium plat, parfois stratifié; il peut même disparaître totalement dans les grands kystes anciens. La paroi des cavités kystiques est généralement lisse, mais on peut y trouver des irrégularités sous forme de saillies effilées ou de dépression. Ces cavités peuvent contenir du sang pur et frais, si l'extirpation a coïncidé avec le moment des règles. Le plus souvent, elles contiennent un exsudat liquide coagulé ou bien un réticulum fibrineux avec des polynucléaires, des mononucléaires, des hématies, des corpuscules pigmentaires. Au cours de la menstruation et de la grossesse, elle réagit de la même façon que la muqueuse utérine. Döderlein a même signalé la possibilité de greffe et de développement de l'œuf fécondé dans une cavité kystique.

b) *Le tissu cytogène.* — Autour de l'épithélium peut se développer un stroma particulier ressemblant à du tissu lymphoïde : c'est le tissu lymphadénoïde de Hiss et conjonctif cytogène de von Recklinghausen. Il peut entourer complètement l'élément glandulaire, n'exister que par place ou faire complètement défaut. Il semble que l'existence de ce tissu soit liée à celle des cellules cylindriques. A la disparition de ces cellules ou à l'aplatissement de l'épithélium correspond la diminution du tissu cytogène ou sa disparition complète. Il se compose d'une grande quantité de cellules connectives, petites et trapues, avec noyau central ovoïde très riche en chromatine à protoplasma rameux, formant avec les cellules voisines des mailles serrées où sont disséminés en grand nombre les vaisseaux capillaires sanguins.

c) *Le tissu musculaire.* — « On ne se trouve pas ici en présence d'une évolution léiomyomateuse d'une tumeur développée conformément à l'un des types classiques du fibromyome utérin. » (Letulle.) On ne rencontre nulle part en effet de fibres musculaires lisses, agglomérées en spirale et centrées par un vaisseau qui semblerait l'axe de la production; mais on trouve un tissu musculaire absolument identique au tissu contractile d'un utérus normal. La seule différence fondamentale consisterait pour Letulle en un engainement de chaque repli glanduliforme par les faisceaux adjacents.

PATHOGENIE

Nous n'essaierons pas de discuter ici les différentes théories pathogéniques qui ont été proposées pour expliquer la formation des endométrïomes. La discussion, qui s'était un peu apaisée jusqu'en 1920, a repris ces dernières années une acuité nouvelle du fait de l'émission de théories récentes basées sur des expériences bien précises. Mais la découverte de tumeurs extra-génitales a restreint le problème par la modification ou l'abandon de théories insuffisantes à expliquer la pathogénie de ces diverses localisations.

1° *Théorie wolffienne*. — Certains auteurs ont incriminé le canal de Wolff, d'autres le corps de Wolff. La grande vogue dont elle jouissait au début était due en partie à la personnalité de son auteur, von Recklinghausen. Il voyait dans les endométrïomes des pseudo-glomérules, des tubes sécréteurs et excréteurs qu'il identifiait à ceux du mésonéphros. La fréquence de localisations de ces tumeurs au niveau de la corne utérine, où s'entre-croisent les conduits mullériens et wolffiens, constituait pour Recklinghausen une nouvelle preuve de sa théorie pathogénique. Elle fut très discutée après la découverte des endométrïomes de l'S iliaque et de l'ombilic.

2° *Théorie mullérienne*. — Emise par Kossmann et Lockstaed pour l'opposer à la théorie wolffienne, elle n'eut à sa naissance qu'une portée restreinte. Elle fut remise en honneur par Cullen, qui l'admet dans tous les cas où la théorie endométriale ne peut être appliquée. L'endométrïome proviendrait de la muqueuse utérine ou tubaire (canal de Muller) ou d'inclusions fœtales de fragments de la muqueuse mullérienne

dans les parois de l'utérus ou de la trompe, ou encore de fragments mullériens transportés par dysembryoplasie, à distance de l'utérus et de la trompe.

3° *Théorie endométriale ou diverticulaire de Cullen.* — Explique très bien la pathogénie des endométriomes utérins par expansion de la muqueuse utérine à l'intérieur du muscle. Ces prolongements détermineraient une prolifération du tissu musculaire qui les couperait de leur point d'attache. Von Franqué, Martin, Chiari, Schauta, montrèrent l'influence de l'inflammation dans cette hétérotopie épithéliale. Dans les salpingites noueuses isthmiques, ils mirent en évidence des infiltrations de la muqueuse et des formations adénomyomateuses. Pour Legueu et Marien, la progression du processus de guérison serait : lésion inflammatoire, régénération et hétérotopie épithéliale. L'endométriome serait donc constitué par un envahissement épithélial bénin provoquant dans son voisinage une réaction myomateuse. Cette théorie est prouvée par la continuité existant entre la muqueuse des cavités glandulaires et la muqueuse de la cavité utérine, et aussi par l'identité des réactions menstruelles et déciduales de ces tumeurs, avec les réactions similaires de l'utérus.

4° *Théorie lymphatique.* — Emise par Koeberlé en 1869, pour qui ces kystes étaient toujours consécutifs à un obstacle mécanique à la circulation de la lymphe. Les premiers auteurs qui défendirent cette théorie se basèrent sur le contenu séreux de ces kystes et aussi sur l'aspect de la muqueuse, qui, dans les grandes cavités, peut revêtir la forme endothélioïde. Bérard et Dunet (1923), se basant sur la présence de quelques rares cellules aplaties dans un grand kyste utérin, l'étiquetèrent lymphangiome kystique interstitiel. La notion de la transformabilité de la cellule épithéliale est venue réduire à néant cette argumentation. Cette théorie, qui n'a jamais eu beaucoup de succès, est complètement abandonnée aujourd'hui.

5° *Théorie métaplasique.* — C'est Iwanoff qui l'a soutenue le premier. Sous des influences diverses, dont l'inflammation, la cellule de l'endothélium péritonéal peut perdre son carac-

tère morphologique habituel pour en prendre un autre. Cette notion de l'inconstance de la forme de la cellule péritonéale a été bien mise en évidence par Prenant et Branca. Ces deux auteurs montrèrent que, dans des conditions déterminées, sous l'influence de phénomènes physiologiques en particulier, la cellule péritonéale pouvait perdre son caractère habituel et devenir cylindrique avec cils vibratiles. Comme le fait remarquer Riès, l'endothélium d'une séreuse en général peut se trouver inclus entre l'organe et une fausse membrane développée par un processus inflammatoire. « Etant ainsi dans la condition d'une hétérotopie relative, si l'on peut s'exprimer ainsi, il acquiert une possibilité de développement qui est commune à toutes les cellules qui se trouvent privées de leur siège originel dans l'économie. » La valeur de ces constatations et des déductions qu'elles entraînent ne peut être mise en doute, et cependant il est difficile d'admettre la transformation d'un épithélium séreux en muqueuse utérine.

6° *Théorie péritonéale embryonnaire.* — L'épithélium des canaux de Muller et l'épithélium du péritoine ayant une origine commune : l'épithélium cœlomique, peuvent réagir de la même façon. Les cellules qui se développent seraient non pas les cellules différenciées du péritoine, mais les cellules basales, restées dans leur état primordial. L'inflammation agit de la même façon que dans la théorie précédente, mais elle ne peut, à elle seule, entretenir le développement du processus adénomateux; il y faut, en plus, les influences biologiques et biochimiques des glandes génitales actives. « L'épithélium du cœlome possède une potentialité adénomyomateuse qui se révèle à un moment donné, sous l'influence d'une force génésique spéciale donnée par l'organisme. » (Robinson.) Pour Gross, le pouvoir de réaction serait limité au péritoine de la région cloacale. Cette théorie, tout ingénieuse qu'elle soit, ne s'appuie sur aucun fait.

7° *Théorie des greffes.* — Le sang menstruel pourrait refluer dans la trompe ouverte, entraînant avec lui des débris de muqueuse utérine, qui se grefferaient sur les organes voisins.

L'ovaire serait le premier atteint. Sous l'influence des poussées menstruelles, les kystes qui s'y sont développés pourraient se rompre et ensemençer les territoires avoisinants, tout comme la rupture d'un kyste hydatique du foie provoquerait la formation de kystes secondaires sur le péritoine. La possibilité de ces greffes a, d'ailleurs, été confirmée expérimentalement sur la lapine.

8° Enfin, tout dernièrement, les *embolies lymphatiques et veineuses* ont été envisagées comme pathogénie possible des endométrïomes.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'endométriome est assez vague et ne permet pas en général un diagnostic précis. Cependant, quand le tableau clinique est au complet, une analyse minutieuse des symptômes permettra d'en soupçonner l'existence. C'est une tumeur qui survient toujours en période de vie sexuelle chez des femmes qui, le plus souvent, ont présenté antérieurement une gravidité, un avortement ou une intervention gynécologique. Elle peut être, dans des cas tout à fait exceptionnels, décelée après la ménopause, mais elle a toujours débuté avant cette période et a résisté à son action régressive. Tant que l'endométriome reste interstitiel ou qu'il devient intracavitaire, l'utérus est absolument libre; mais dès que la prolifération tumorale envahit la surface externe de l'utérus et, à plus forte raison, si elle la dépasse, elle contracte des adhérences avec les organes voisins, en particulier le péritoine, l'épiploon et l'intestin. Nous avons remarqué la fréquence considérable de ces adhérences avec la partie terminale de l'intestin, anse sigmoïde et rectum. Cette complication donne une symptomatologie intestinale qui, dans la majorité des cas, permet de confirmer le diagnostic de probabilité qu'avait permis de poser le syndrome utérin. La propagation à la vessie existe également, entraînant des douleurs vésicales et de la dysurie. Nous ferons remarquer dès maintenant que ces lésions concomitantes ne sont pas dues, à l'encontre des fibromes ordinaires, à des phénomènes de compression du fait du volume de la tumeur, mais qu'elles résultent simplement d'adhérences ne nécessitant pas un développement marqué de l'endométriome.

I. — Signes fonctionnels.

Nous allons d'abord parler du syndrome utérin. La fréquence des adhérences intestinales nous oblige à y ajouter quelques signes qui seront d'une très grande utilité dans l'établissement du diagnostic.

1° DOULEURS. — Elle peut être continue, à forme de colique, ou survenir lors des périodes menstruelles, constituant alors la dysménorrhée douloureuse.

a) *Douleur continue*. — Cette douleur, qui revêt le type de douleur pelvienne, s'explique par la tendance qu'ont les endométriomes à déterminer de la péritonite locale et à adhérer aux organes voisins.

b) *Douleur expulsive*. — Véritable douleur de l'accouchement à un degré moindre cependant, elle donne à la femme la sensation d'une constriction douloureuse. Ces douleurs s'observent dans les cas où ces tumeurs tendent à s'échapper de la cavité utérine.

c) *Dysménorrhée douloureuse*. — Ce symptôme a pour nous une très grosse valeur. Isolé, il n'est pas pathognomonique, mais sa coexistence avec les autres signes fonctionnels permet d'affirmer presque à coup sûr l'existence d'un endométriome. Ces douleurs revêtent le type général de dysménorrhée utérine. Elles surviennent pendant les règles et principalement les deux premiers jours des règles. Elles se caractérisent par leur acuité parfois syncopale, elles rappellent les crises de coliques néphrétiques ou hépatiques. Elles obligent la malade à garder le lit. Elles sont dues à l'hématométrie des cavités glandulaires microscopiques ou kystiques.

2° HÉMORRAGIE. — Consiste le plus souvent en ménorragie, qui serait due, d'après M. Jayle, à l'augmentation de volume de l'utérus : « Au moment des règles, l'afflux sanguin, qui est toujours en rapport avec le volume de l'utérus, est plus fort qu'à l'état sain. » Elle s'explique aussi par l'hy-

perplasie muqueuse au voisinage de la tumeur. Cette ménorragie peut se doubler de métrorragie, mais seulement dans les cas où l'endométriome, se développant vers la cavité utérine, se transforme en polype; elle serait alors d'origine expulsive. Dans les cas de complications ovariennes, salpingiennes ou péritonéales, on pourra également constater des métrorragies dues aux lésions concomitantes.

3° ABSENCE DE PERTES BLANCHES. — L'endométriome est incapable à lui seul de provoquer des pertes blanches; c'est un signe négatif qui a son importance. Les complications peuvent en donner.

4° DYSpareunie. — Ne se rencontre que dans les endométriomes qui font saillie dans un des culs-de-sac vaginaux ou qui envahissent la cloison recto-vaginale.

II. — Signes physiques.

Les résultats donnés par l'examen physique dépendent de la variété anatomo-pathologique. Ces signes ne présentent qu'un intérêt très minime et sont absolument identiques aux signes donnés par les fibromes ordinaires. Dans la variété interstitielle, on trouve un utérus globuleux arrondi, très dur, pouvant parfois atteindre le volume du poing.

Si la lésion est sous-péritonéale ou intra-abdominale, elle donne tous les symptômes des fibromes correspondants. Il est à remarquer cependant que l'endométriome est en général d'un développement moindre, à moins qu'il ne soit kystique. Il pourra alors acquérir un volume considérable; sa symptomatologie physique sera celle des tumeurs kystiques intra-abdominales.

Enfin, si l'endométriome évolue vers la cavité utérine, il peut ouvrir le col et le franchir; il donnera alors la sensation de fibrome, à moins qu'un examen minutieux ne mette en évidence la fluctuation.

Un point sur lequel nous désirons attirer l'attention est l'importance de la recherche d'adhérences recto-utérines. Coïncidant avec une muqueuse rectale saine, cette constatation doit permettre d'affirmer le diagnostic.

Troubles rectaux. — Cette complication devient presque un signe par sa grande fréquence, et nous voulons en parler dans ce chapitre. Ils peuvent survenir dès le début et consistent en une sensation de pesanteur dans le rectum, l'anus ou le périnée au moment des règles. On peut constater des douleurs très aiguës à la défécation. Cette rectalgie menstruelle imprime à la dysménorrhée un cachet caractéristique. Il existe également, dans les formes très avancées, une douleur rectale continue s'accompagnant de constipation sévère pouvant aller à l'obstruction intestinale. Ce dernier signe est plutôt dû au développement secondaire d'un processus endométriomateux au niveau de la muqueuse rectale qu'à une diminution de la lumière du rectum, qui résulterait d'une déviation provoquée par les adhérences. On a signalé l'émission de sang par le rectum. Cela est exceptionnel et succéderait à l'hyperplasie de la muqueuse.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'endométriome est une tumeur à évolution lente qui se développe exclusivement avant la ménopause. Il est en effet difficile d'admettre la formation d'une tumeur myoépithéliale après la régression de la muqueuse et du muscle utérin. La possibilité du développement kystique rend cependant vraisemblable l'augmentation de volume de ces tumeurs chez les vieilles femmes. La disparition des accidents avec l'âge critique est ici la règle, à l'encontre des fibromes purs, où la révélation de la tumeur à cette époque est loin d'être une exception.

L'endométriome est une tumeur histologiquement bénigne. Cette bénignité est quotidiennement démontrée par des observations où l'ablation des lésions a été incomplète et qui a été suivie de guérison vérifiée de nombreuses années après l'opération. Mais cette affection peut devenir grave par ses complications. Il est des endométriomes d'un volume important qui restent compatibles avec une vie active, mais il en est d'autres qui, par des hémorragies abondantes et répétées et l'anémie qui en résulte, par l'intensité de la douleur, par des troubles graves qu'ils peuvent provoquer dans les organes voisins, par les altérations du myocarde, entraînent la maladie qui en est atteinte vers la cachexie.

La dégénérescence cancéreuse existe, mais elle est exceptionnelle. On n'en connaît que quelques rares exemples. Von Recklinghausen en signale deux cas. Legueu et Marien attribuent la dégénérescence maligne d'un fibrome à la transformation néoplasique des cellules des tubes glandulaires provenant de la muqueuse utérine. Cullen en rapporte également deux exemples. C'est donc un fait exceptionnel qui ne peut infirmer la règle de la bénignité de l'endométriome.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic porté sera le plus souvent celui de fibrome. Cependant, dans la majorité des cas, si l'on a étudié d'une façon minutieuse les symptômes, il sera possible d'envisager l'existence d'un endométrrome. La dysménorrhée douloureuse est, à notre sens, le signe capital. Il est à peu près constant, et, lorsqu'il s'accompagne d'une absence de pertes blanches, il est presque pathognomonique. La ménorragie et les signes physiques seront d'une grande utilité pour confirmer le diagnostic. Si l'on a la bonne fortune de constater simultanément une rectalgie menstruelle coïncidant avec l'intégrité de la muqueuse rectale, le doute ne sera plus permis. Nous rappellerons à ce propos l'importance du toucher rectal combiné au toucher vaginal.

Les épreuves complémentaires nous donneront très peu de renseignements. L'hystérométrie, procédé peu recommandable, nous montrera l'augmentation de la cavité utérine, mais cette constatation est incapable à elle seule de nous guider tant soit peu. L'hystérogaphie, seulement utilisable dans les formes intracavitaires, est sujette à des interprétations fausses et même dangereuses. Nous n'en voulons pour preuve que le cas publié par le Professeur J.-L. Faure, et que nous rapportons dans l'observation XVII.

Avec quoi peut-on confondre un endométrrome de l'utérus? Avec bien des lésions gynécologiques; nous ne retiendrons que les principales.

1° ENDOMÉTRIOME INTRACAVITAIRE.

Ce sont les plus rares, mais aussi ceux dont le diagnostic est le plus délicat. La première discussion qui s'impose est,

sans aucun doute, celle qui consiste à savoir s'il s'agit d'un endométrrome ou d'un cancer du corps. Dans ce dernier cas, il s'agira le plus souvent d'une femme postménopausique souffrant dès le début des lésions. La douleur a ici un caractère particulier, c'est qu'elle survient à heure fixe. Il s'accompagne souvent de pyométrite, provoquant des pertes purulentes. Le moindre doute justifiera l'exploration intracavitaire.

Les métrites s'accompagnent également de dysménorrhée douloureuse. Un caractère, cependant, la distingue de celle des endométrromes, c'est qu'elle augmente d'une manière considérable par la mobilisation de l'utérus; de plus, la douleur serait constante avec exacerbation menstruelle; elle s'accompagne d'irradiation élective, d'un ténesme rectal et vésical. Un point sur lequel nous voulons insister est la présence constante de pertes blanches.

La grossesse ne nous retiendra pas longtemps. Les cas où cet état s'accompagne de persistance des règles sont exceptionnels. Dans les cas litigieux, l'évolution viendra lever tous les doutes.

Les fibromes polypeux intra-utérins ne s'accompagnent que très rarement d'une dysménorrhée douloureuse aussi typique. Les douleurs ressenties seront en général du type expulsif. Il sera cependant très difficile dans la majorité des cas de poser un diagnostic précis. L'importance d'une erreur d'interprétation sera ici bien moins grande que pour les lésions que nous avons étudiées précédemment, car ces deux tumeurs entraînent le même pronostic et le même traitement.

2° ENDOMÉTRIOME INTERSTITIEL.

Le problème consistera encore ici à savoir s'il s'agit d'un fibrome. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous venons de dire pour la variété intra-utérine.

Les petits endométrromes interstitiels du corps, qui, le plus souvent, ne comportent qu'une symptomatologie très

pauvre, peuvent aisément en imposer pour des flexions en avant ou en arrière. La réduction de la déviation apparente ou réelle, faite par les manœuvres bimanuelles, ne met pas sûrement à l'abri de l'erreur, car la flexion produite par un endométriome, peut facilement se laisser réduire.

3° ENDOMÉTRIOME SOUS-PÉRITONÉAL.

Il s'agira encore le plus souvent de savoir si c'est un fibrome ou un endométriome. En dehors de la différence minime de la symptomatologie de ces deux affections, on se basera sur la fréquence plus grande du fibrome à provoquer de la compression et bien moindre à donner une réaction péritonéale et des adhérences.

Si la tumeur a une évolution latérale, on pourra hésiter entre un endométriome et une grossesse extra-utérine. Si les symptômes de grossesse ne sont pas nets, seule l'évolution peut permettre de faire le diagnostic.

Si l'évolution est surtout abdominale, c'est avec le kyste de l'ovaire qu'on aura tendance à le confondre. Dans la forme kystique, l'erreur sera à peu près inévitable. Les véritables signes différentiels doivent être tirés de l'examen de l'utérus. Quand la tumeur est manifestement adhérente à l'utérus, quand la cavité utérine est augmentée de volume, il est très probable qu'il s'agit d'un endométriome.

TRAITEMENT

Le traitement chirurgical reste actuellement le traitement de fond des endométrïomes utérins, qui gênent le fonctionnement normal des organes voisins, menacent la vie et peuvent avoir une influence néfaste sur la fécondation et la puerpéralité. Il en est cependant de ces tumeurs qui, par la faible répercussion qu'elles provoquent, sont justiciables d'un traitement médical. Le rôle des influences biologiques des glandes génitales actives, dans la genèse des endométrïomes, a permis d'entrevoir les résultats que donnerait la ménopause artificielle.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Il reste applicable aux endométrïomes provoquant des hémorragies peu abondantes, n'exerçant aucune influence sur la vie active de la malade.

Les injections salées (eaux de Salies, de Balaruc) ont une action réelle sur les hémorragies de peu d'importance, de même que l'ergotine associée aux extraits fluides d'*hydrastis canadensis* ou de *cannabis indica*. Mais il faut donner la préférence aux injections sous-cutanées d'extrait hypophysaire. L'insuline peut être essayée en tenant compte des indications qu'elle comporte.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Si le traitement médical a échoué ou si l'on est appelé trop tard chez une femme ayant déjà eu des pertes considérables et présentant un état d'anémie intense, il faudra se résoudre à l'intervention.

Curettage. — Absolument contre-indiqué dans ce cas; procédé tout à fait aléatoire dans ses résultats, qui est susceptible de provoquer des infections immobilisant la malade pendant des mois.

Myomectomie abdominale. — Doit être employée chez la

femme jeune chaque fois qu'elle est possible; c'est l'opération idéale, qui a l'avantage de ménager les fonctions physiologiques de la femme tout en étant souvent radicale. Même incomplète, elle fait disparaître par la suite les petits noyaux endométriomateux qui échappent au chirurgien. Malgré la fréquence de la complexité de ces tumeurs, il y aurait, croyons-nous, avantage à la tenter plus souvent.

Hystérectomie vaginale. — Elle sera réservée aux endométrïomes de petites dimensions et lorsque la voie abdominale semblera dangereuse : chez les femmes âgées et obèses, chez celles qui à la suite d'hémorragies répétées ou trop abondantes, présentent une anémie marquée ou qui sont atteintes d'une affection médicale concomitante.

Hystérectomie abdominale. — C'est la méthode la plus radicale. On se contentera de l'hystérectomie subtotal dans les endométrïomes simples, l'intégrité du col étant la règle. Elle a l'avantage de donner une très faible mortalité opératoire et de débarrasser d'une manière complète et définitive la malade de ses lésions. L'endométrïome de l'utérus ne pose jamais l'indication d'une castration utéro-ovarienne; le chirurgien ne pourra y être entraîné que par la présence de lésions simultanées des trompes ou des ovaires.

Radiothérapie profonde. — En présence de l'influence favorable de la ménopause sur l'évolution des endométrïomes, certains auteurs en ont déduit que les glandes génitales devaient avoir un rôle prépondérant sur la formation de ces tumeurs et que la suppression fonctionnelle des ovaires et l'établissement de l'aménorrhée devaient en amener la disparition. Cette castration artificielle doit se faire en une seule séance, de beaucoup préférable à la méthode des séances partielles. En général, la tumeur commence à diminuer à partir du deuxième mois pour disparaître complètement du troisième au cinquième mois. Cette méthode ne pourra être employée que pour des endométrïomes moyens ne présentant aucune complication.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Chez les femmes âgées ayant

dépassé la ménopause, les endométrïomes sont exceptionnels. L'opération sera toujours indiquée, ne serait-ce que pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

Chez les femmes jeunes, de moins de 40 ans, le traitement médical pourra être institué en se tenant sur une expectative armée. La physiothérapie amenant les troubles ménopausiques entraînera une stérilisation définitive. Il faudra toujours lui préférer l'intervention chirurgicale, qui pourra, dans certains cas, être conservatrice, et qui aura l'avantage d'être une cure radicale.

Lors de la ménopause, les accidents hémorragiques cessent. Exceptionnellement, on pourra voir apparaître des accidents graves d'hémorragie; la radiothérapie est alors absolument contre-indiquée, seul le traitement chirurgical pourra être envisagé.

Entre ces deux périodes, si les accidents sont de peu d'importance et bien tolérés, le traitement médical sera indiqué en attendant que la ménopause naturelle vienne débarrasser complètement la malade de ses maux. Si un traitement plus actif doit être institué, la radiothérapie profonde sera préférable à l'intervention chirurgicale. Il faudra cependant tenir compte des indications assez précises que comporte ce traitement.

Il faudra dans tous les cas envisager la possibilité d'une dégénérescence cancéreuse des endométrïomes. Ce fait est exceptionnel, mais il vaut mieux s'en préoccuper à tort que de laisser passer des lésions qui doivent entraîner fatalement la mort de la malade si un traitement efficace n'est pas institué d'urgence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Mme X..., 48 ans, vient consulter pour des hémorragies utérines remontant à un an. Cette dame, sans antécédents héréditaires ou personnels, s'est mariée à 23 ans. Elle a eu 3 enfants vivants. Grossesses et accouchements normaux.

A l'examen, on constate un col normal, un utérus gros et irrégulier. Il existe en arrière une bosselure manifeste.

Le diagnostic de fibrome utérin est posé et l'opération conseillée est acceptée.

Après quelques jours de préparation, la malade étant hypertendue (régime lacto-végétarien, purgatifs), on pratique une hystérectomie subtotale facile. A la coupe, l'utérus a un aspect bizarre qui ne ressemble pas à l'utérus fibromateux.

Une biopsie pratiquée et confiée à M. le Docteur Bonnard donne comme résultat : Dans la paroi myoconjonctive de l'utérus et, profondément, dans des fentes ou des espaces en continuité avec la muqueuse utérine, se sont développées des cavités glanduliformes microkystiques étirées, tordues, élicines ou sinueuses, leur revêtement pariétal est formé d'un épithélium cubique, non cilié, à noyau basal et cytoplasme basophile. Isolément ou par groupe, ces formations sont entourées d'une atmosphère formée d'un stroma cytogène extrêmement riche analogue à celui qui entoure la muqueuse utérine normale. La muqueuse utérine a conservé son intégrité morphologique. En aucun point on ne constate de signes de réaction inflammatoire. C'est l'image classique d'un endométrrome.

Suites opératoires normales. Opérée en bon état huit mois après.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOIN.)

Mme B... présente depuis très longtemps des hémorragies utérines avec pertes sanguines continuelles. Elle est adressée à M. le Professeur Bégouin pour fibrome du fond utérin. On lui fait une hystérectomie.

Examen histologique. — Dans le myomètre, est creusée une cavité irrégulièrement étoilée, limitée par un revêtement cylindro-cubique régulièrement palissadé; ces éléments épithéliaux reposent sur un appareil cellulaire rappelant le chorion utérin et, en aucun point, ils ne forment de diverticules glanduliformes. Dans les anfractuosités de cette lumière, se sont déposés des débris hématiques.

A distance de cette formation, l'endomètre est reconnaissable. On peut donc conclure à un endométriose.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN.)

Mme G..., habitant Le Bouscat, vient consulter, en avril 1928, pour des hémorragies utérines.

Il existe à l'examen un utérus volumineux et bosselé, cette augmentation de volume étant surtout marquée à la partie postérieure du col, semblant descendre dans la cloison recto-vaginale. Le diagnostic est celui de fibrome du segment inférieur (face postérieure).

Opération le 24 avril 1928. — Le supposé fibrome utérin forme, à la face postérieure du col, une tumeur du volume d'une mandarine, mais qui est mal limitée, qui s'infiltré dans la cloison recto-vaginale et qui adhère assez intimement à la face antérieure du rectum. Devant ces constatations on émet l'hypothèse d'un adénomyome utérin. On pratique une hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire.

Examen histologique. — Masse myoconjonctive ondulante et tourbillonnante contournant les vaisseaux et cloisonnée par des lames collagènes d'une épaisseur anormale.

Cà et là, elle est découpée par des tubes glandulaires engainés par une couche cytogène; ce complexe histologique est la copie fidèle de la cavité utérine; mais pour porter le diagnostic d'endométriome, il faudrait être assuré que la tumeur n'est pas en relation de continuité avec l'endomètre.

En certains points, les éléments tumoraux présentent une certaine juvénilité, mais cependant sans caractère de malignité, tandis qu'ailleurs leur déficience colorante traduit une diminution de leur vitalité en rapport avec la nécrobiose.

OBSERVATION IV.

(Thèse de SIMIAN, Montpellier, 1914.)

Femme de 54 ans, réglée à 17 ans. Règles durent de quatre à sept jours. Suppression des règles pendant onze semaines, puis hémorragie abondante. Amaigrissement. Selles irrégulières suivies de constipation opiniâtre avec douleur. A la palpation, on constate, à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, le dôme d'une tumeur solide, insensible et un peu latérale. Le toucher vaginal nous montre un col gros, regardant en arrière, dont l'orifice externe est transversal et bien ouvert. L'utérus est en antéflexion et contient sur sa paroi antérieure un myome gros comme le poing. Dans la paroi postérieure du col est une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui semble en connexion intime avec la paroi rectale. La palpation rectale permet de mieux sentir ce nodule cervical.

A l'intervention, épaissement de la paroi rectale, le rectum est rétréci à cet endroit, élargi au-dessus. La libération de l'utérus et de l'intestin est difficile. On enlève l'utérus et on résèque le segment rétréci du rectum. On suture la brèche bout à bout. Anus iliaque. Guérison.

Etude macroscopique. — L'utérus a 15 centimètres de long. Il est réuni au rectum par une surface irrégulière formée d'un tissu

dur. La muqueuse utérine est épaissie, polypeuse. A la coupe du col, on voit un tissu plus dense, qui se sépare de la musculature de l'utérus qui l'entoure; on y voit aussi des espaces en fente ou arrondis; la tumeur rectale a le même aspect, la paroi du rectum atteint une épaisseur de 1 cm. 1/2. Le rétrécissement du rectum n'est pas assez marqué pour faire de la sténose.

Examen histologique. — Endométriome typique.

OBSERVATION V.

(VIOLET et MICHON, Les adénomyomes de l'utérus, *Gynécologie et obstétrique*, 11 déc. 1925.)

Mme F..., 38 ans. Pas d'enfants. Pas de fausse couche. Mariée à 15 ans. Souffre depuis six ans environ. Douleurs vont en empirant. Souffre au moment des règles à partir du troisième ou quatrième jour. Douleurs dans le bas-ventre. Poussées dans le rectum. Envies d'aller à la selle sans résultat. Envies d'uriner. Passé ce temps, elle va bien et fait son travail.

A l'examen : Utérus fibromateux avec masse postérieure faisant dans le cul-de-sac postérieur la saillie du pôle d'un œuf de poule; masse annexielle gauche.

Après laparotomie : adénomyome du corps utérin adhérent au rectum et qu'on dégage avec beaucoup de précautions.

OBSERVATION VI.

(VIOLET et MICHON, *Gynécologie et obstétrique*, 1925.)

Femme de 30 ans, sans enfant. A une dysménorrhée grave. Souffre pour aller à la selle. Epreintes. Dyspareunie. A l'examen, nodule du cul-de-sac de Douglas du volume d'une noisette adhérent au rectum. Sur le désir de la malade, on fait une opération conservatrice : on se contente de thermocautériser les lésions.

La malade revient six mois après. Elle a été soulagée pendant

deux mois; depuis, elle souffre à nouveau de dysurie et de pollakiurie; les douleurs de la défécation ont augmenté; la malade a maigri et accepte une intervention plus radicale. On pratique un examen avant et après les règles : avant les règles, la tuméfaction du Douglas a le volume d'une noix; après les règles, elle est du volume d'une noisette.

Opération. — Hystérectomie après dissection de l'uretère droit. Ouverture du rectum adhérent et suture.

Examen macroscopique. — Sur un utérus de volume normal à sa partie postérieure, deux nodules du volume d'une amande adhérent au rectum.

Examen histologique. — Glandes analogues aux glandes du corps utérin dans du tissu cytogène; les glandes existent dans le muscle et la muqueuse rectale.

OBSERVATION VII.

(VIOLET et MICHON, Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires, *Gynécologie et obstétrique*, 1923, p. 412.)

Mme D..., Grenoble, 48 ans, 2 enfants. Amaigrissement considérable de 20 kilos. Douleurs dans les reins. Poussées dans le fondement. Hémorragies. Sang noir au moment des règles.

Vue par un chirurgien, qui avait pensé à une néoplasie viscérale latente.

Aux touchers rectal et vaginal combinés, petite masse du cul-de-sac postérieur du volume d'une noix envahissant le rectum, adhérente à la muqueuse.

Opération. — Hystérectomie totale avec ablation de la partie correspondante du rectum, paroi antérieure. Suture. Suites simples, sauf infarctus au quatorzième jour qui a guéri.

Examen de la pièce. — Tumeur du volume d'une amande, adhérente d'un côté au cul-de-sac vaginal, de l'autre au rectum.

Examen histologique. — Glandes analogues à celles de la muqueuse du corps utérin, dans le muscle et dans la muqueuse rectale.

OBSERVATION VIII.

(VIOLET et MICHON, *Gynécologie et obstétrique*, 1923, p. 412.)

Femme de 36 ans. Réglée à 11 ans et jusqu'à 13 ans sans douleurs. A partir de 13 ans, a toujours souffert des règles. Première relation sexuelle date de trois ans. Aggravation des douleurs depuis un an. Souffre pour s'asseoir, marcher, travailler. A maigri de 3 kilos depuis six mois.

Examen. — Utérus en rétroversion, gros ligament large gauche douloureux à sa base. On y sent, par le toucher rectal, un petit nodule du volume d'un pois chiche, dont la pression est très douloureuse.

Opération. — L'utérus est en rétroversion; le fond n'est pas adhérent, mais la partie inférieure du corps utérin est fixée par des adhérences utéro-utérines fléchissant le corps utérin en arrière. Au niveau du point de flexion, on trouve deux petits kystes séreux transparents, implantés sur l'utérus, pédiculés. L'ovaire gauche est pris dans ces adhérences; on le dégage. Le corps utérin contient un fibrome du volume d'une noix, dans sa paroi postérieure. Le rectum est également adhérent et remonte accolé contre la face isthmique de l'utérus. On fait une hystérectomie totale.

A l'examen de la pièce, on trouve parfaitement, dans la partie dépéritonisée de la face postérieure de l'utérus, un nodule du volume d'un pois chiche, qui, à l'examen histologique, se montre formé de glandes utérines entourées de tissu cytogène et musculaire.

OBSERVATION IX.

(MICHON et COMTE, *Journal de chirurgie*, 1926-1927.)

Mme P..., 42 ans. Ménorragies et dysménorrhée vive.

Examen. — Gros utérus dur fixé en arrière au niveau de l'isthme. On fait le diagnostic de métrite hypertrophique de la ménopause avec annexites chroniques adhérentes.

Intervention le 2 juin 1919. — Gros utérus dur sans lésions annexielles. A la face postérieure de l'isthme existe un bloc d'adénomyome infiltrant les ligaments utéro-sacrés à leur insertion utérine. A ce niveau, le péritoine est rétracté, comme froncé. Hystérectomie totale facile.

OBSERVATION X.

(SAMPSON, *American Journal of obst. and Gyn.*, oct. 1922.)

Femme de 28 ans, se plaint de fortes douleurs au moment des règles. Un enfant il y a six ans et une fausse couche il y a neuf ans. Règles régulières non douloureuses jusqu'à l'an passé, depuis, elle souffre à droite et de plus en plus. Les derniers mois, la douleur était si vive qu'elle a dû garder le lit pendant deux ou trois jours. Constipation augmentée pendant les règles et selles douloureuses à ce moment-là; l'utérus est de dimension normale, rejeté en avant et à gauche par une tumeur kystique emplissant tout le pelvis et paraissant adhérente. L'examen rectal montre un épaissement de la paroi antérieure du rectum, dont la muqueuse est mobile.

A l'opération, kyste de l'ovaire droit adhérent au fond du pelvis contenant du liquide chocolat. Des greffes d'adénome du type endométrial furent trouvées à la surface postérieure de l'utérus, sur l'anse sigmoïde, dans ses appendices épiploïques et son mésentère, sur les ligaments larges et les trompes. Le kyste de l'ovaire et les greffes étaient bordés d'un épithélium du type endométrial allant du cuboïde au cylindrique.

OBSERVATION XI.

(BAILLAT et BERTRAND, Société de chirurgie de Toulouse,
31 mars 1928.)

Mlle A... (F.), 22 ans, célibataire, dysménorrhéique.

Examen. — Une tumeur grosse comme un abricot sur la face antérieure de l'utérus.

Diagnostic. — Fibrome sous-péritonéal. A l'énucléation, tumeur

kystique remplie d'un liquide hématique noir, sous tension; elle ne communique pas avec la cavité utérine. Il s'agit d'un endométrioïme vérifié histologiquement; la théorie mullérienne semble, dans ce cas particulier, expliquer l'origine de cette tumeur.

OBSERVATION XII.

(LETULLE, TUFFIER, LAMBERT, Endométrioïme et dysembryoplasies utérines, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1925, p. 1038.)

Endométrioïme interstitiel du corps utérin. Résection large des deux régions tubo-utérines. Guérison.

Mme M..., âgée de 35 ans, a une sœur qui fut atteinte de polype utérin extirpé par les voies naturelles; elle est considérée comme atteinte de fibromes utérins multiples et envoyée à Tuffier, en vue d'une opération. Elle n'a jamais eu de métrorragies, mais ses règles, très douloureuses depuis l'âge de 13 ans, ont été toujours abondantes. Troubles dyspeptiques très accusés depuis six mois.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une trompe gauche kystique, du volume d'une tête de fœtus : toute la portion intramurale de la trompe et le myomètre adjacent sont indurés et comme semés de nodosités. A droite, la palpation découvre des nodosités identiques à celles du côté gauche, mais en plus grande abondance encore. Tuffier résèque de part et d'autre les fragments suspects de l'organe et met à jour la cavité utérine. Fermeture des deux brèches sans drainage. Guérison.

Examen des pièces. — Endométrioïme typique.

OBSERVATION XIII.

(FRIASER (A. D.), *The Bristol Medico-chirurgical Journal*, vol. XLIV, n° 164, p. 115.)

Miss E... (G.), 51 ans. Depuis dix-huit mois, ménorragie avec anémie secondaire. Une grosse masse mobile dans l'abdomen, étendue de la symphyse pubienne jusqu'à l'ombilic.

Opération. — Hystérectomie. La tumeur ressemblait à un petit ballon situé sur le fond de l'utérus. A la section, on se croyait en présence d'un fibrome interstitiel, mais il n'était pas encapsulé et montrait des régions hémorragiques. On porta le diagnostic de fibrome à dégénérescence sarcomateuse.

Examen histologique. — Un endométriome circonscrit se continuant avec la muqueuse normale. Le stroma, peu musculaire, était hyperplasique. Certaines glandes étaient kystiques, mais la plupart étaient normales.

OBSERVATION XIV.

(*Id.*, *ibid.*)

Mrs. S..., 48 ans, multipare, depuis deux ans ménorragie avec anémie secondaire. /

Opération. — Hystérectomie. Au fond de l'utérus, près de la trompe gauche, apparut un fibrome interstitiel. La section montra une petite tumeur ressemblant à un fibrome, mais non encapsulée.

Examen histologique. — Un endométriome circonscrit se continuant avec la muqueuse normale. Le stroma, peu musculaire, était hyperplasique. Plusieurs de ces glandes étaient normales.

OBSERVATION XV.

(H. BECKWITH-WHITEHOUSE, *Proceeding of the royal Society of Medicine*, janv. 1926, t. XIX, p. 15.)

Femme de 22 ans, n'ayant jamais été réglée, souffrant d'une manière régulière tous les mois depuis l'âge de 18 ans. Durant les trois derniers mois, irritabilité vésicale. Vierge; par le palper recto-abdominal, on trouve, se continuant avec le corps utérin et un peu à gauche, une tumeur arrondie.

Opération. — Annexes adhérentes à l'utérus. Sur la partie antéro-supérieure de ce dernier, tumeur infiltrant la paroi vésicale, que l'on est obligé de réséquer en même temps qu'on enlève l'utérus

et les annexes. Guérison. La tumeur était constituée par une poche contenant du sang goudron, rattachée à la paroi de l'utérus, mais sans connexion avec sa cavité, infiltrant au contraire la paroi vésicale jusqu'à la muqueuse. La poche était constituée par des glandes typiques dilatées d'un endométrium incluses dans un tissu fibreux dense. Il n'y avait aucune connexion avec l'endomètre utérin.

OBSERVATION XVI.

(VIOLET et MICHON, *Gynécologie et obstétrique*, 11 déc. 1925, p. 411.)

Mme C..., d'Oyonnax, 40 ans. Un enfant il y a vingt ans, une fausse couche un an après son accouchement. Une crise de péritonite un an après la fausse couche, qui a exigé le repos au lit pendant un mois. Depuis, souffre du bas-ventre, surtout au moment des règles. A chaque période, est obligée de garder le lit avec le ventre ballonné.

Pertes de sang abondantes au moment des règles. Depuis quelques jours, émission d'urine par regorgement.

Examen. — Fibrome pelvien remplissant le Douglas, comprimant le rectum et déterminant de la rétention d'urine. L'examen est difficile à cause de l'hypertrophie vésicale.

On fait le diagnostic de fibrome douloureux avec crises de péritonite. Laparotomie longitudinale. Ablation d'une salpingite droite kystique du volume d'un œuf, puis hystérectomie par hémi-section, à cause de la difficulté à faire ascensionner l'utérus fibromateux enclavé.

A un moment donné, on s'aperçoit de l'ouverture du gros intestin, adhérent à la partie postérieure du fibrome. On dégage prudemment le reste de l'adhérence. On termine l'hystérectomie totale et l'ablation des annexes gauches adhérentes. Fermeture du rectum par trois plans. Péritonisation. Mèche dans le Douglas.

Guérison sans fistule rectale. Suppuration de la paroi.

Examen des pièces. — La tumeur est formée par un adénomyome postérieur du volume d'un poing d'homme. A la coupe, tissu glandulaire entouré de fibres lisses.

Examen microscopique. — Adénomyome.

OBSERVATION XVII.

(TÉSAURO, *La Gynécologie*, oct. 1928, p. 598.)

Femme de 67 ans. Pas d'enfant; pas de fausse couche. Ménopause à 52 ans. Depuis un mois, hémorragies fréquentes.

Examen. — Gros utérus mobile avec noyau paraissant un fibrome. Le col est petit, scléreux, au point que l'hystérométrie est impossible; même un fin stylet ne peut pénétrer dans la cavité utérine. Un examen au lipiodol est possible; il fait voir un aspect typique des néoplasmes du corps.

Opération (Professeur Jean-Louis Faure). — Hystérectomie subtotale. Utérus globuleux et volumineux. On libère l'utérus retenu en arrière par un kyste de l'ovaire inclus dans la concavité sacrée. On examine la pièce; on trouve une tumeur ayant l'aspect d'un fibrome, faisant saillie dans la cavité utérine; celle-ci est agrandie et renferme des caillots sanguins.

Description des pièces opératoires. — Gros utérus de forme allongée; à l'ouverture, on voit sur sa paroi postérieure une masse polypoïde de la dimension d'une orange, s'étendant jusqu'aux bords latéraux et tapissée sur toute sa périphérie par une muqueuse paraissant fortement épaissie en certains points et amincie en d'autres. A la coupe macroscopique, architecture microkystique dans la portion superficielle. La profondeur s'incorpore à une paroi utérine d'aspect normal et de consistance un peu dure. Juste au-dessous de cette tumeur principale, petit polype accessoire, aplati et pédiculé, très mobile.

Examen histologique. — La topographie générale des lésions au niveau même de la tumeur polypoïde est celle d'un adénomyome typique, mais à évolution kystique.

CONCLUSIONS

I. — L'endométriome de l'utérus est une tumeur très fréquente, qui est le plus souvent confondue avec le fibrome.

II. — Sa structure histologique et ses réactions fonctionnelles rappellent d'une manière presque complète l'utérus normal. Elle est constituée essentiellement par un tube épithélial entouré de tissu cytogène se développant en milieu musculaire.

III. — La pathogénie de ces formations est actuellement très discutée. La théorie endométriale ou diverticulaire nous paraît être la plus satisfaisante et celle le plus souvent admise.

IV. — L'endométriome ne comporte aucun symptôme pathognomonique. Il sera cependant souvent possible de poser un diagnostic de probabilité.

V. — C'est une tumeur histologiquement bénigne, qui a une tendance très marquée à provoquer des adhérences avec les organes voisins, en particulier avec le rectum.

VI. — L'intervention chirurgicale est le traitement de choix. Il faudra tenir compte, avant de poser une indication thérapeutique, de la gravité des symptômes et de l'âge de la malade.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 juillet 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BALASSANIAN. — Sur les adénomyomes recto-cervicaux. Thèse Munich, 1913.
- BAZY (L.). — Adénomyome de l'utérus. Soc. anat. de Paris, 7 fév. 1912.
- BENETAZZO. — Adénome avec structure endométriale. *Gior. med. dell' Albo Adige*, I, 43-53, oct. 1929.
- RIEBL. — A propos de l'endométriose. *Virchow. S. Arch. S. pathol. anat.*, 1927, 264, p. 71.
- CASSANO. — Endometrioma. *Bol. y trab. de la Soc. de cir. de Buenos Aires*, 13, 48-52, 17 avril 1929.
- DELLEPIANE. — Experimental endometrioma. *Rev. di pat. sper.*, 2, 433-456, nov.-déc. 1927.
- DEROCQUE. — Endométrïomes vaginaux et paravaginaux. Thèse de Paris, 1926.
- DIETLEIN. — Importance de la prolifération épithéliale de la muqueuse utérine. *Zentral. f. chir.*, 54, 28 mai 1927, 1346-1358.
- DONALD (A.). — L'aspect clinique des adénomyomes pelviens de la femme. *Proc. of the roy. Soc. med. of London*, mai 1927.
- ENGELHARD. — Endometriosis. *Nederl. tydschr. V. Geneesk*, I, 225, 12 janv. 1929.
- FERRACIN. — Sur la transplantation de quelques tissus par rapport à la genèse générale des endométrïomes. *La clinica ostetrica*, janv. 1928.
- FRIASER. — Endométrïomasa. *Bristol med. chir. Journ.*, 44, 1927, p. 113-118.
- FORGUE et MASSABIAU. — Adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. *Paris médical*. I. p. 525, 1913.

- GARCIA ORGOYEN. — Endométriose. *Progresos de la clinica*, sept. 1927, p. 703-713.
- GOLDSTINE. — Sur la distribution des kystes endométriaux. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, II, févr. 1928.
- HEIN. — Cultures de l'endométriurn. *Zentral f. Gyn.*, XV, avril 1928, p. 939.
- JAYLE. — Le solénome du ventre de la femme. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, mai 1926, août 1927, mai 1928.
- LAHM. — Tubal menstruation the result of endometrial malformation of mucosal salpingitis. *Arch. f. gynäk.*, 1927.
- LETULLE, TUFFIER et LAMBERT. — Endométrïomes et dysembryoplasies utérines. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3^e série, XCIV, 1923.
- LOCKRANE. — Decidual reaction in diffuse endometriomyoma of the pregnant uterus. *Journ. obst. and gynec. Brit. Empire*, XXX, 1923.
- LOUIS. — Thèse Lyon, 1908.
- MATHIAS. — Effect of endometrial proliferation upon menstruation. *Med. Klin.*, 1927.
- MATINA. — *Ann. di ostet. e gyn.*, fév. 1929.
- MICHAËL. — Endométrïome rectal. *Nederland tydsch. V. Geneesk.*, oct. 1927.
- MICHON. — Production expérimentale de l'adénomyome par autotransplantation de muqueuse utérine sur l'ovaire chez la lapine. *Lyon chirurgical*, 1924.
- MICHON et COMTE. — *Gyn. et obst.* déc. 1926; *Journ. de chir.*, avril 1926.
- MORSE et PERRY. — *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, XVI, 1928, p. 461.
- NIGRISOLI. — Endométrïomes multiples de l'utérus et des annexes. *Arch. ital. di chir.*, XVI, 1926, p. 261.
- OBERLING. — Endométrïomes. *Ann. d'anat. path.* sept. 1924, p. 545.
- POLLAZZO et SAMMARTINO. — *La Prensa med. argentina*, 30 mai 1930, p. 1679.
- REIFFERSCHIED. — Endometrioma ut. polyposum. *Arch. f. gynäk.*, CXXV, 1925, p. 673.

- SAMPSON. — Endometriosis following salpingectomy. *Amer. Journ.*, oct. 1925.
- SPIRITO. — Experimental contribution to genesis of endometrioma. *Arch. di ostet. e gin.*, janv. 1927 et juill. 1927.
- STOUT. — Endometriosis case. *New Zealand*, m. 727, 86-90, avril 1928.
- SIMIAN. — Thèse de Montpellier, 1914.
- SZAMECK. — Endometriome in fallapian tubes case. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 31 mars 1928.
- TALABAREV. — Endometrial growths in woiwen adenomyosis uterine. *Mosk. med. Journ.*, n° 7, 1927.
- TESAURO. — A propos d'erreurs de diagnostic avec le lipiodol. Un cas d'adénomyome polypoïde kystique pris pour un cancer du corps de l'utérus. *La Gynécologie*, ann. XXVII, oct. 1928, p. 598.
- TURMANN. — Thèse Paris, 1925.
- VAN DONGEN et HAMMER. — Endometriard proliferation. *Nederl. Tydschr. V. Geneesk.*, I, 1145, 3 mars 1927.
- VAN et SMITH. — L'endométriome. *Amer. Journ. of obstet. and gyn.*, vol. XVII, n° 6, juin 1929, p. 806.
- VIOLET et MICHON. — *Gyn. et obst.*, nov. 1925, p. 403.
- VON OETTINGEN. — Clinical observ. on heterotopie endometrial proliferation. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 51, 1635. 25 juin 1927.
- WAEGELI. — Les hétérotopies de la muqueuse utérine. *Gyn. et obst.*, 1926, p. 138.

